

MEDICINA

La sedación profunda precoz y un mayor tiempo al primer SAS superficial se asocian a mortalidad hospitalaria

Valeria Paganelli Alvaro Oyarce¹, Carlos Romero Verónica Rojas Eduardo Tobar², Sofia Obrecht Lucia Letelier³

Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile. ¹; Unidad de Pacientes Críticos. Departamento de Medicina Interna Norte. Hospital Clínico Universidad de Chile²; Escuela de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile³

Introducción. Las prácticas de analgesia y sedación impactan el pronóstico de los pacientes críticos que requieren ventilación mecánica (VM). Recientemente, se describe que la sedación profunda precoz (primeras 48 horas) impacta de forma independiente en los desenlaces al egreso de UCI y 90 días, sin embargo, estos reportes son escasos, en países desarrollados y en su mayoría empleando escala RASS. Nuestro objetivo fue evaluar si la sedación profunda precoz, y el tiempo a la primera evaluación superficial, se asocian de forma independiente a estadía y mortalidad al egreso UCI y hospitalario.

Material y Métodos. Estudio de cohorte prospectivo en UCI de un hospital universitario. Se incluyen pacientes en VM superior a 24 horas. Estos fueron manejados acorde a un protocolo de analgesia y sedación que incluye prescripción diaria de meta de sedación, uso de escala conductual de dolor (ECD) y de sedación agitación (SAS). Como fármacos se emplean inicialmente fentanyl, propofol o dexmedetomidina, según la meta de sedación prescrita. Se recolecta información prospectiva de edad, género, APACHE II, SOFA, motivos de ingreso, evaluaciones ECD y SAS 4 veces al día, dosis diaria de los fármacos, y desenlaces al egreso UCI (días VM, condición al egreso UCI), y egreso hospital (días estadía y condición al egreso). Para el análisis estadístico se realiza análisis univariado con test exacto de Fisher, comparación de medias con prueba T Student, o medianas con U Mann-Whitney según corresponda a la distribución de los datos. Para análisis de sobrevida multivariado se realiza modelo proporcional de Cox, con nivel de significación $p < 0,05$. **Resultados.** Entre abril y agosto 2019 se incluyeron 91 pacientes, edad 61 ± 14 años, género masculino 60,4%, APACHE II 18 ± 8 , SOFA 8 ± 4 , Sepsis 46,2%, Enf. hepática 39,6%, patología quirúrgica 33%. Evaluaciones en sedación profunda precoz 6 (3-8), proporción sedación profunda precoz día 1 80,2%, día 2 78,9%, tiempo a primer SAS superficial 78 (24-203) horas.

Fármacos en 48 horas: propofol 3564 ± 2880 mg, fentanyl 5987 ± 4115 ug, uso de dexmedetomidina 28,6%.

Desenlaces: días VM 7 (3-12), estadía UCI 10 (6-15), mortalidad UCI 20,9%, días hospital 21(13-32), mortalidad al egreso hospital 28,6%. Las variables asociadas a mortalidad UCI ($p < 0,05$) fueron APACHE II, SOFA, fentanyl en 48 horas, la proporción de sedación profunda precoz y un mayor tiempo al primer SAS superficial. El análisis proporcional de Cox, con desenlace tiempo a mortalidad hospitalaria, confirma la asociación entre

sedación profunda precoz ($p= 0,009$) y un mayor tiempo a la sedación superficial ($p=0,034$) como variables independientemente asociadas a mortalidad. Conclusiones. En acuerdo con recientes reportes internacionales, la sedación profunda precoz se asocia a mayor mortalidad UCI y hospitalaria. Adicionalmente, documentamos que un mayor tiempo a la primera evaluación de sedación superficial se asocia de forma independiente a mortalidad hospitalaria.